

**國立臺東大學附屬特殊教育學校
全民(勞)健保眷屬加／退保申請單**

單位別			申請人			
出生日期			身分證號			
稱謂	姓名	身分證號 (居留證號)	出生日期	加保	退保	身心狀態
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
						<input type="checkbox"/> 一般； <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度； <input type="checkbox"/> 重度
眷屬加／退保合計：_____ 人						
填表日期			申請人 簽章			
單位承辦			單位主管			
生效日期 (總務處填寫)			總務處			
備註	一、新生兒加保請附出生證明及戶口名簿各一份，以便辦理加保手續。 二、眷屬加保請附「全民健康保險退保申請單」以便辦理加保手續。 三、身心狀態如符合減免規定，請檢附身心障礙手冊影本。					

相關證件影本黏貼處

身分證影本

正面

身分證影本

反面

身心障礙手冊影本

正面

(非身心障礙人員免附)

身心障礙手冊影本

反面

(非身心障礙人員免附)

眷屬隨同加保

身分證影本

正面

眷屬隨同加保

身分證影本

反面

眷屬隨同加保

身分證影本

正面

眷屬隨同加保

身分證影本

反面

